IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

Komisja Zdrowia

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW ONKOLOGII**
(NR 21)
z dnia 25 maja 2023 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 21)

25 maja 2023 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem poseł **Barbary Dziuk (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat analizy rozwoju oraz wyzwań w profilaktyce, diagnostyce i leczeniu nowotworów kobiecych, w szczególności raka piersi;

– informację na temat optymalizacji wykorzystania ratunkowego dostępu do technologii lekowych w onkologii.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Agata Wolnicka** naczelnik Wydziału Programów Lekowych i Chemioterapii Departamentu Gospodarki Lekami w Centrali NFZ wraz ze współpracownikami, **Marzanna Bieńkowska** zastępca dyrektora Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **prof. dr hab. Mariusz Bidziński** konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, **prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski** dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Odział w Gliwicach wraz ze współpracownikiem, **prof. Andrzej Nowakowski** kierownik Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy w Narodowym Instytucie Onkologii, **Magdalena Kardynał** prezes Fundacji OmeaLife, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Anna Kupiecka** prezes Fundacji OnkoCafe-Razem Lepiej, **prof. Tadeusz Pieńkowski** prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi, **Irena Rej** prezes zarządu Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA", **Krystyna Wechmann** prezes zarządu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, **Małgorzata Perl** prezes Fundacji Exercise is Medicine, **Piotr Fonrobert** wiceprezes Fundacji Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, **Mirosław Czechowski** wiceprezes Stowarzyszenia „Gladiator", **Artur Prusaczyk** wiceprezes zarządu Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach, członek zarządu IFIC Polska, **Joanna Frątczak-Kazana** zastępca dyrektora zarządzającego w Fundacjii Alivia, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS, **Mateusz Wisła** ekspert GE Healthcare, **Wojciech Wiśniewski** ekspert w Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz **Klaudyna Milewska** ekspert w Koalicja Wspólnie dla Zdrowia Kobiet.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański** oraz **Krzysztof Olszewski** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Szanowni państwo, serdecznie witam na kolejnym posiedzeniu podkomisji stałej ds. onkologii. Witam członków podkomisji. Witam zaproszonych gości. Stwierdzam kworum, tak że możemy rozpocząć obrady podkomisji stałej.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje – pierwszy temat – rozpatrzenie informacji na temat analizy rozwoju oraz wyzwań w profilaktyce, diagnostyce i leczeniu nowotworów kobiecych, w szczególności raka piersi – przedstawiają minister zdrowia oraz prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Drugi temat to rozpatrzenie informacji na temat optymalizacji wykorzystania ratunkowego dostępu do technologii lekowych w onkologii. Tutaj również temat będzie przedstawiał pan minister zdrowia.

Witam serdecznie pana wiceministra Macieja Miłkowskiego, który ma otwarte serce do onkologii i wiele dobry decyzji na koncie związanych z refundacją leków i działaniami profilaktycznymi, tak że – panie ministrze – bardzo dziękujemy. Mówię to w imieniu organizacji pacjenckich, ale też i w imieniu lekarzy oraz ekspertów w dziedzinie onkologii. Witam również pana dyrektora Dzięgielewskiego, który jest tą siłą wspierającą w Ministerstwie Zdrowia. Ja zawsze podkreślam, że to jest najlepszy dyrektor, który potrafi uzgodnić i wyprostować trudne tematy w ciągu jednego dnia. Pan dyrektor ma niesamowite kompetencje a przede wszystkim wielką życzliwość i to będę powtarzać zawsze, bo dla mnie to jest bardzo ważny człowiek, który pomaga mi w tych trudach legislacji wtedy, kiedy tylko może mi pomóc. Kiedy inni nie widzą rozwiązań, to pan dyrektor zawsze je widzi, tak że – panie dyrektorze – bardzo dziękuję.

Tak się zdarzyło, że dzisiaj jest i Narodowy Instytut Onkologii reprezentowany przez prof. Bidzińskiego z Warszawy, i Narodowy Instytut Onkologii z Gliwic reprezentowany przez pana prof. Krzysztofa Składowskiego. Powiedziałabym, że te dwa instytuty to są takie naprawdę najlepsze z najlepszych, gdzie pacjent dostaje naprawdę wielkie wsparcie. Z panem prof. Składowskim jest żona, pani mgr Hanna Składowska, która tak naprawdę na co dzień zajmuje się systemem funkcjonowania dedykowanych leków onkologicznych. Widziałam to na własne oczy. Jestem pod wrażeniem. Jak była wizytacja podkomisji stałej ds. onkologii w Gliwicach, to dopiero wtedy zrozumiałam, jak istotną rolę odgrywa dedykowanie leku dla poszczególnego pacjenta. Jaka to jest odpowiedzialność, najpierw konsultacja, jeżeli chodzi o to grono profesorskie, ustawienie leczenia na konsylium, a później już decyzja odnosząca się do aplikowania konkretnego leku, który jest bardzo mocno wpływający na organizm. To jest wielka odpowiedzialność, tak że wielki szacunek i uznanie ze strony pacjentów dla tej działalności. To jest wielka sprawa.

Mamy wielu znamienitych gości. Szanowni państwo, ale żeby nie przedłużać, to ja będę prosiła o wypowiedzenie się w kontekście tej tematyki, bo widzę, że ta tematyka cieszy się wielkim zainteresowaniem, bo dzisiaj dopisały i organizacje pacjenckie, i grono profesorskie. Pojawiła się również liderka wśród organizacji pacjenckich, pani Krystyna Wechmann. Witam serdecznie. To naprawdę pokazuje, że sprawa jest bardzo istotna i mamy nad czym dyskutować oraz co usprawniać.

Szanowni państwo, ja myślę, że na sam początek proponuję, aby punkt nr 1 i 2 były zreferowane łącznie. Następnie poprowadzimy dyskusję, bo te tematy łączą się ze sobą i chciałabym tutaj może najpierw… Czy pan dyrektor, czy pan minister, wystąpi? Pan dyrektor, tak? To ja bardzo proszę, panie dyrektorze, o zabranie głosu.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dzięgielewski:

Dzień dobry państwu. To wielki zaszczyt. Pani przewodnicząca zawsze zawstydza mnie publicznie. Bardzo dziękuję. Proszę państwa, nie chciałbym zanudzać nadmiarem szczegółów, nie chciałbym opowiadać o rzeczach nieistotnych i nie chciałbym też powtarzać się w kontekście tego, co mówiliśmy do tej pory.

Profilaktykę mamy z grubsza określoną. W tej chwili w dalszym ciągu niestety próbujemy przesunąć granicę, jeżeli chodzi o badania, nad czym ubolewa Krysia. Za każdym razem jak się spotykamy, to rozmawiamy o tym, ale próbujemy ustalić, jakie jest jednoznaczne stanowisko z rekomendacjami dla nas. Jeżeli chodzi o tę granicę, proszę państwa, to badania mają sens wtedy, kiedy mogą dać jakiś sensowny wynik. W żadnej innej sytuacji nie mają sensu. Przywykłem też, że jeżeli chodzi o postępy w leczeniu, to głównie rozmawiamy jednak o działce ministra Miłkowskiego – który jest najlepszy – za którą jest chwalony, jako ten wprowadzający coraz to nowe cząsteczki. Rzeczywiście główny postęp, jeżeli chodzi w tej chwili o onkologię, dokonuje się przede wszystkim na polu leków, szerokorozumianych leków, bo to już nie jest tylko chemioterapia, to już jest cała masa przeróżnych leków z różnych stron. W tej chwili postęp w tym jest gigantyczny. Nawet chyba zbrojenia nie idą tak dobrze, a i pieniądze są podobne. Przynajmniej z tego, co mi wiadomo.

W naszej medycynie poza tym obszarem także coś się zmienia. Proszę państwa, jak wiecie, został już wykonany krok w stronę mężczyzn. To się stało w zeszłym roku, kiedy wpuściliśmy robota da Vinci, póki co do prostaty, który zdecydowanie jest przeciwień-

stwem nowotworu kobiecego, bo nie słyszałem o kobietach z rakiem prostaty. W tej chwili rozważamy mocno rozszerzenie wskazań o dwa kolejne nowotwory, z których jeden jest nowotworem kobiecym. Wiem, że dzisiaj kładziemy szczególny nacisk na raka piersi, ale piersi nie da się zoperować da Vincim, bo nie ma takiej potrzeby. Pierś jest dość dobrze dostępna dla leczenia operatora.

Natomiast drugi z nowotworów jest chyba tak naprawdę drugim wskazaniem, które wchodziło do operatywy. Mówimy o raku trzonu macicy. To jest ta lokalizacja, w której będziemy starali się to rozszerzyć. Oczywiście nie jest sztuką powiedzieć, że wszyscy mogą to robić. Sztuką jest dać to tym, którzy powinni to dostać, czyli dać tym, którzy będą gwarantowali wystarczające doświadczenie i nie będą po raz kolejny uczyli się leczyć kobiety z nowotworem. Z tego powodu musimy starannie przemyśleć sobie, w jaki sposób wpuścić robota, żeby znowu nie powtórzyć fenomenu z tym, że właściwie każdy szpital chciał mieć robota, bo ten robot to fajnie się komponuje z wystrojem sali operacyjnej. To na pewno będziemy próbowali zrobić nieco inaczej. Próbujemy też – ale to na razie nie będę mówił o szczegółach – uporządkować trochę obszar radioterapii, czyli dookreślić różne wskazania do w miarę nowoczesnych technik, ale także do tych starych technik, które u nas w Polsce nie do końca się przyjęły. To już będzie ta dawka… Czyli mówimy głównie o śródoperacyjnym leczeniu radioterapią. To jest obszar, nad którym trzeba zapanować, ale tutaj na razie jesteśmy jeszcze w fazie tworzenia ogólnego zarysu koncepcji, jak rozwiązać ten problem. Problem jest istotny, natomiast floor is yours, panie ministrze, ponieważ tak naprawdę cały ten postęp, o którym rozmawiamy w tej chwili, to jest to, co robi Big Pharma.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Panie ministrze, proszę jeszcze o dopowiedzenie, jeżeli coś pan minister ma do dodania.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie. Na dzisiejszym posiedzeniu w szczególności są oczekiwania w sprawach leczenia nowotworów kobiecych, konkretnie raka piersi. Wielokrotnie już na ten temat rozmawialiśmy. Państwo wiedzą, że nowotwór raka piersi jest największym programem lekowym w zakresie leczenia onkologicznego. Jest najbardziej bogatym i najdroższym programem lekowym, który jest finansowany w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia i w ramach środków publicznych. Wiemy, że część z tych leków, które były finansowane na początku w ramach programu lekowego, już została uwolniona i przekazana do finansowania w ramach terapii w zakresie chemioterapii. Wiele podmiotów realizuje te świadczenia zdrowotne, te terapie, w ramach katalogu chemioterapii. Nadal jednak programy lekowe są tym głównym elementem, w którym pacjentki są leczone systemowo. Tutaj do ubiegłego roku mieliśmy właściwie jeszcze jeden zakres, który nie był objęty refundacją, potrójnie ujemny rak piersi. Udało nam się również tę terapię refundować. Jeśli chodzi o to początkowe finansowanie to mamy HER2 dodatniego raka piersi, mamy cztery substancje czynne, pertuzumab, trastuzumab, trastuzumab emtanzyna i lapatynib. W HER2 ujemnym raku piersi też po pierwszym wejściu dwóch leków, palbocyklibu i rybocyklibu, udało nam się włączyć jeszcze trzeci lek z tej samej grupy – abemacyklib – w zaawansowanym raku piersi HER2 ujemnym raku piersi. W ubiegłym roku dołączyliśmy jeszcze dwie substancje czynne, alpelisyb i talazoparib, z których talazoparib również od ubiegłego roku jest refundowany w przerzutowym potrójnie ujemnym raku piersi razem z pierwszym lekiem, który pojawił się na liście leków technologii o wysokim poziomie innowacyjności, czyli sacituzumab govitecan, który od ubiegłego roku jest finansowany. Aktualnie wartość tych leków jest powyżej 700 mln.

Jeśli chodzi o aktualne procesy, które są po stronie Ministerstwa Zdrowia, to część z tych procesów zakończyła się już po stronie Komisji Ekonomicznej czy UCAU. Proces formalnoprawny został wykonany w tym zakresie, czyli proces przeszedł przez Radę Przejrzystości i została wystawiona opinia prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej. Częściowo te wskazania były z pozytywną oceną Agencji Oceny Technologii Medycznej, a czasami były z oceną negatywną. Większość tych terapii przeszła już przez Komisję Ekonomiczną. Z tego, co wiem, wszystkie terapie ze względów ekonomicznych otrzymały negatywne opinie

Komisji Ekonomicznej. Oczywiście komisja ma takie prawo, ponieważ porównuje ona koszt efektywny poszczególnych terapii i niestety nie udało się uzyskać takich warunków, które komisja chciałaby przyjąć. Aktualnie te procesy są jeszcze prowadzone przed ministrem zdrowia. Jak państwo wiecie, jedna z terapii, która jeszcze nie została objęta pozytywną decyzją ministra, dostała ją w tym zakresie, ale ze względu na brak dostępności leków w skojarzeniu dla atezolizumab ta terapia nie została przyjęta do finansowania w potrójnie ujemnym raku piersi w skojarzeniu z nab-paclitaxel. Właśnie tego leku brakowało, a w szczególności brakowało go w takiej ilości, ponieważ największa populacja byłaby na terenie kraju… To jest produkt, którego jest niewiele na rynku światowym. Mamy jeszcze dodatkowe terapie, które są oceniane w potrójnie ujemnym raku piersi. W dwóch wskazaniach pembrolizumab. Jedno jest w skojarzeniu z chemioterapią w leczeniu miejscowo nawrotowego potrójnie ujemnego raka piersi nieoperacyjnego lub z przerzutami. To było wskazanie, które zostało ocenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych jako pozytywne wskazanie z istotnymi dowodami naukowymi na wydłużenie czasu przeżycia pacjentek z 18 na chyba 26 miesięcy. Taka jest mediana przeżycia i tu była pozytywna opinia. Drugie wskazanie dla pembrolizumab to leczenie neoadiuwantowe i adiuwantowe w pooperacyjnym miejscowo zaawansowanym lub we wczesnym potrójnie ujemnym raku piersi. Tu jesteśmy na etapie rozmów. To dalej jeszcze powiem, jak wyglądają prace.

Następna terapia jest już w leczeniu HER2 ujemnego i HER2 dodatniego wczesnego raka piersi z przerzutami do węzłów chłonnych we wczesnym etapie z wysokim ryzykiem nawrotu. Tutaj abemacyklib ma takie wskazanie też z negatywnym stanowiskiem. Drugie to terapie w przerzutowym raku piersi HER2, czyli trastuzumab deruxtecan, w drugiej, trzeciej i czwartej linii. W szczególności druga linia jest bardzo interesująca i tutaj też jest to na ostatnim etapie. Ostatni lek, który właśnie zakończył negocjacje, to jest tukatynib, gdzie ma mieć wpływ na leczenie HER2 dodatniego raka piersi w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną. W trzeciej lub czwartej linii stosowania tutaj też te dwa wskazania… W szczególności istotne wskazania były przy raku z przerzutami do ośrodkowego układu nerwowego i tutaj też były różne rozmowy na temat zawężenia populacji, ale wiem, że ta populacja jest w całości procedowana. Jeszcze nie było żadnych rozmów przed ministrem zdrowia, a wygląda teraz to tak, że właściwie nie mamy jeszcze uzgodnionej żadnej z tych terapii. Nie mamy uzgodnionych żadnych warunków. To jest tak, jak też z dwoma terapiami. Te potrójnie ujemnego raka piersi, to są terapie, które nie mają żadnego leczenia, w związku z tym to jest całkowicie nowa populacja i tutaj została przedstawiona jasna propozycja dla podmiotu odpowiedzialnego. Pembrolizumab jak państwo wiecie, jest terapią, która ma najwięcej wskazań refundacyjnych we wszystkich lekach, które są finansowane ze środków publicznych. Kolejne trzy wskazania właśnie są teraz jeszcze procedowane, bo jeszcze jest leczenie we wczesnym raku nerki, leczenie neoadiuwantowe tym lekiem. Firma złożyła ofertę łączoną i aktualnie oczekujemy na ruch ze strony firmy. To samo dotyczy bardzo interesującego i bardzo oczekiwanego produktu. To jest Trastuzumab deruxtecan, który ma bardzo dobre wyniki kliniczne i z tego, co widać, pod kątem klinicznym najprawdopodobniej w znaczącej mierze przejąłby aktualnie istniejące linie leczenia, które są stosowane, czyli lapatynib czy trastuzumab. Tutaj też widać istotną skuteczność, ale też widzimy, że występuje bardzo istotny wzrost kosztów. Jest to zdecydowanie droższa terapia niż aktualnie dostępna i to wielokrotnie z powodu dłuższego czasu leczenia. Firma deklaruje, że jest zainteresowana, żeby polskim pacjentkom ten produkt dostarczyć, ale nie mamy jeszcze odpowiedzi.

Abemacyklib. Tutaj jest chyba największa trudność, ponieważ ta hormonoterapia, to aktualne leczenie, jest leczeniem, które jest kosztowne. Od 100 do 700 zł to koszt roczny leczenia przy dosyć dobrej skuteczności, tak że wchodzimy w zupełnie inny poziom wartości. Też jeszcze powiem, że dwa leki są na dalszym etapie, czyli olaparib w leczeniu HER2 ujemnego wczesnego raka piersi oraz połączenie trastuzumabu z pertuzumabem w jednej cząsteczce we wskazaniu w leczeniu przedoperacyjnym lub pooperacyjnym HER2 raka piersi oraz przerzutowego. To jest na etapie jeszcze przed zleceniem do Agencji Oceny Technologii Medycznych.

To są te główne terapie dotyczące raka piersi i tak jak powiedziałem, staramy się na lipiec na liście coś państwu dobrego przedstawić, ale na dzisiaj nie jestem w tym

zakresie w stanie przedstawić. Oczywiście, jeśli chodzi… Pan dyrektor tutaj mówił o leczeniu operacyjnym raka endometrium. Są bardzo istotne zaawansowane prace, żeby ustalić kryteria i wskazania, które środki mają jakie doświadczenie. W ogóle idziemy w tym kierunku, że te ośrodki, które mają istotne doświadczenie w operowaniu i w leczeniu pacjentek czy pacjentów w ogóle i które mają duże doświadczenie oraz dużą grupę pacjentów do leczenia, żeby powinni mieć możliwość ustalenia kryteriów, którzy pacjenci powinni być leczeni jedną najlepszą metodą i powinno być to dedykowane do najlepszych ośrodków w kraju. Jednocześnie też w raku endometrium mamy złożony wniosek, który jest na dalszym etapie procedowania i też jak deklaruje firma, jest ona bardzo zainteresowana, żeby jak najszybciej ten proces przejść, żebym jeszcze ewentualnie osobiście mógł wydać pozytywną decyzję temu produktowi i zagranicznej firmie z Poznania. To są te informacje dotyczące nowotworów kobiecych. Nie pamiętam, żeby coś jeszcze innego się tutaj procedowało.

Jeśli chodzi o ratunkowy dostęp do technologii lekowych – jak ewentualnie już razem mówimy o obu tych tematach – to tutaj widzimy bardzo różne charakterystyczne etapy wydawania decyzji. Bardzo często jest tak, że niektóre terapie są bardzo popularne w ratunkowym dostępie do technologii lekowych i jednocześnie firmy składają wniosek refundacyjny, a w pewnym momencie, jak przyjmiemy taką terapię, to automatycznie wszyscy pacjenci przechodzą już do normalnej terapii i już do normalnego programu lekowego. Tutaj też trzeba wspomnieć, że ratunkowy dostęp do technologii lekowych jest taką hybrydą, takim dodatkowym elementem, który nie jest dokładnie dookreślony, w jaki sposób to poszczególne szpitale trzeciego poziomu referencyjnego mają ją realizować. Jest to ta ostatnia linia po wyczerpaniu innych możliwości, czyli często są to właśnie leki, które są w bardzo wąskich wskazaniach. Widzimy jednak, że czasami właśnie firmy wykorzystują to i najpierw informują, że jest taka możliwość leczenia i promują to rozwiązanie wśród lekarzy, mówiąc, że jest taka możliwość w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej, aby przyjmować pacjentów do takiego leczenia. Bardzo trudne sytuacje są… Są to często terapie, które są terapiami przewlekłymi, dożywotnimi. Jeśli są to takie terapie, którymi pacjenci powinny być leczeni kilkadziesiąt lat, to nie widzimy takiego uzasadnienia, żeby to było w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych. Powinno to być w ramach normalnej refundacji.

Są bardzo jasne kryteria wejścia do programu lekowego, jak i kryteria wyjścia i każdy pacjent, który w tych kryteriach się mieści, ma bezwzględne wskazania do tego, żeby każdy ośrodek, który ma podpisaną umowę, musiał taką osobę objąć leczeniem. Jednocześnie ma gwarancję już od ośmiu lat… Od kiedy zacząłem pracować z panią Agatą z Narodowego Funduszu Zdrowia, to Narodowy Fundusz Zdrowia zawsze finansuje terapie w ramach programów lekowych. Nie ma sytuacji takiej, żeby komuś nie zapłacił. Oczywiście technicznie to może czasami potrwać kilka miesięcy, żeby zwiększyć wartość umowy czy zapłacić za dodatkowe nadwykonania, ale nie zdarzyło się, żeby przez ostatnie lata nie było zapłacone w tym zakresie. Oczywiście część problemów innych jest, bo… Ale to też nie na tym etapie.

Kwalifikacja do programów lekowych, dokładne przygotowanie pacjenta, dokładne zdiagnozowanie pacjenta i określenie, która terapia jest najlepsza. Nie zawsze pacjenci są w całości dobrze zdiagnozowani. Przed leczeniem operacyjnym, żeby ustalić ten najbardziej optymalny proces leczenia, to oczywiście cały czas jeszcze nad tym pracujemy. Bardzo mocno w tym zakresie jest zaangażowane Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, które przedstawiło jasne oczekiwania, jak to powinno wyglądać. W ramach przygotowań do Krajowej Sieci Onkologicznej zespół bardzo pracuje nad tym, jak ta ścieżka powinna wyglądać, co pacjentowi powinno być wykonane i na którym etapie, po to, żeby monitorować te elementy, czy faktycznie pacjent ma pełne prawa, które są na danym etapie do wykonania i czy są zrealizowane.

Tak jak państwo wiecie, w ubiegłym roku zwiększyliśmy możliwości finansowe w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych, ponieważ ten budżet, który był przeznaczony, już nie wystarczał na finansowanie i został podniesiony o 33%, do 5% nakładów na programy lekowe. To jest na ten rok 292 mln zł i taki budżet ma zarezerwowany Narodowy Fundusz Zdrowia. Oczywiście wiem, że różne są problemy.

Rada Funduszu Medycznego w tym zakresie spotyka się wraz z NFZ i proponuje różne zmiany. Jeszcze nie zostały w żadnym zakresie zatwierdzone, ale zostały ustalone m.in. dokładne definicje ratunkowego dostępu do technologii lekowych, kiedy to jest ten ratunkowy dostęp, bo jak państwo wiecie, sama nazwa wskazuje, że jest to ratunkowy, ale de facto w definicji nie jest dookreślone, że to jest ratunkowy dostęp i tak jak powiedziałem, czasami leczenie, które powinno być w ramach programu lekowego przygotowane, takich wniosków nie ma złożonych przez firmy farmaceutyczne. Nie ma też możliwości wezwania. Bardzo często… 5% w danym wskazaniu jest trudno osiągnąć, tym bardziej że często ten proces następuje w trakcie roku. W pewnym momencie narastając, niektóre terapie mogą osiągnąć bardzo duży udział, zabierając możliwość leczenia innych pacjentów, bo jak zostanie — załóżmy — cała populacja polska w jakiejś terapii rozpoczęta, to później przez kolejne lata trzeba to kontynuować. W związku z tym dla nowych pacjentów nie byłoby możliwości finansowania. To są te główne rzeczy. Jest z nami Narodowy Fundusz Zdrowia, który również rozlicza te świadczenia i może będą do naszej dyspozycji. Teraz jest przygotowany system informacyjny w tym zakresie, żeby wspomagać i żeby łatwiej można było to realizować. Mamy co miesiąc sprawozdania, mamy pełen podgląd na poszczególne ośrodki, poszczególne wskazania oraz poszczególne leki i zawsze to analizujemy. To taki wstęp i jesteśmy do dyspozycji z dyrektorem Michałem i z dyrektor Agatą.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Czy pani dyrektor ma coś do dodania?

Naczelnik Wydziału Programów Lekowych i Chemioterapii Departamentu Gospodarki Lekami w Centrali NFZ Agata Wolnicka:

Dzień dobry państwu. Dzień dobry, pani przewodnicząca, panie ministrze. Szanowni państwo, bardzo mi miło, że pan minister mnie tytułuje dyrektorem, ale takiego stanowiska nie mam. Jestem naczelnikiem wydziału Programów Lekowych i Chemioterapii w Departamencie Gospodarki Lekami. Mogę państwu jeszcze tutaj pokrótce dopowiedzieć, jak wyglądają nakłady finansowe przeznaczone na finansowanie programów lekowych.

Te nakłady finansowe, jeżeli chodzi o program lekowy raka piersi i raka jajnika, macie państwo szczegółowo przedstawione w materiałach, które były tutaj udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Chciałam państwu powiedzieć, że te nakłady finansowe na finansowanie leków we wszystkich programach lekowych z roku na rok sukcesywnie rosną. W 2022 r. na programy lekowe… Było ok. 114 programów lekowych finansowanych ze środków publicznych. Ten wydatek wynosił ponad 7 mld zł. Prawie 4 mld z tego, to były programy onkologiczne, natomiast program dedykowany dla pacjentek z rakiem piersi i program dla pacjentek z rakiem jajnika kosztowały prawie 1 mld zł, tak że to jest ogromna kwota, która jest przeznaczana przez NFZ na finansowanie tych programów lekowych. Widzimy także wzrost udziału pacjentek w leczeniu w tych programach lekowych. Z roku na rok te dane się zwiększają. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Wiem, że tutaj pan doktor Prusaczyk ma prezentację. Jeżeli można prosić o przedstawienie takiego kompendium informacji, bo czas na sali jest ograniczony, a gości jest dużo. Bardzo proszę, panie doktorze. Zanim jednak załączymy prezentację, to ja prosiłabym profesorów z Instytutu Onkologii… Nie wiem, czy Warszawa, czy Gliwice… Który z profesorów pierwszy zabierze głos?

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie prof. dr hab. Mariusz Bidziński:

Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli… Dziękuję bardzo za zaproszenie. Muszę powiedzieć, że ten cały – że tak powiem – element, który dokonuje się w zakresie zdrowia kobiet, jest rzeczywiście niezwykle – można powiedzieć – dynamiczny. W ostatnich latach rzeczywiście widzimy duży postęp. Tu głównie dotyczy to przede wszystkim dostępu do leków. Te leki rzeczywiście płyną dosyć szerokim strumieniem. Muszę powiedzieć, że to, co przed chwileczką pani naczelnik powiedziała, to jest element, który jest przede wszystkim związany

z tym, że tych chorych przybywa. Te chore osoby dłużej żyją. Dzięki tym nowym technologiom mamy zdecydowanie większą liczbę osób, które już nie 2, 3 czy 5 lat, tylko ponad 10 lat żyją dłużej. Będziemy więc świadkami zjawisk, że na te terapie wysokokosztowe będziemy musieli przeznaczać więcej pieniędzy, bo będzie tych osób coraz więcej. Poza tym nie ukrywam, że te terapie… One oczywiście mają swoją cenę, ale przede wszystkim mają również to, że dzisiaj możemy powiedzieć, że ratują wiele istnień.

Z drugiej strony też walczymy o to… Myślę, że to też jest bardzo istotny postęp, który dokonuje się w kwestii dokładnej diagnostyki. My, coraz częściej korzystając z biologii molekularnej oraz z badań genetycznych, wiemy komu te leki zadedykować. To są niezwykle istotne elementy, które rzeczywiście też dokonują się i ten postęp jest w dużej mierze właśnie z wykorzystaniem nowoczesnej diagnostyki. Mogę więc tylko powiedzieć, że bardzo się cieszę, że jako przedstawiciel warszawskiego instytutu, czyli Narodowego Instytutu Onkologii, widzimy taką dużą determinację w tym, żeby rzeczywiście leczenie, szczególnie nowotworów kobiecych – mówię w tej chwili głównie o piersi i o nowotworach ginekologicznych – nabierały coraz większego rozpędu i coraz większej dynamiki. Epidemiologia tutaj w tym zakresie również pokazuje, że zaczynamy być coraz bardziej skuteczni w przedłużaniu życia tych osób, niekiedy na wiele lat. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Teraz bardzo proszę prof. Składowskiego.

Dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy Odział w Gliwicach prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski:

Bardzo dziękuję za udzielenie mi głosu. W zasadzie chciałbym tylko skomentować fakt RDTL-u, bo na kobietach tak bardzo nie znam się, jak mój kolega, pan prof. Bidziński, konsultant krajowy ds. narządu rodnego. Proszę państwa, RDTL-e są rzeczywiście z jednej strony znakomitym rozwiązaniem trudnych sytuacji medycznych. Są pewnym komfortem dla lekarza, który prowadzi danego pacjenta przez dłuższy czas i widzi nieskuteczność dotychczasowych terapii pierwszej, drugiej linii a czasami nawet i kolejnych linii, które są refundowane. Staje on wtedy przed faktem albo przerwania leczenia albo właśnie przed wyborem czego? Ten komfort w postaci RDTL-u bywa czasami pułapką, bo dla świętego spokoju po prostu występuje się o leczenie często nawet bardzo drogim lekiem. Oczywiście to jest dopuszczalne, to jest etyczne, natomiast to musi być również sprawdzalne. Zarówno konsultanci, czyli cały nadzór specjalistyczny, jak i dyrektorzy szpitali tacy jak ja, mają w moim pojęciu obowiązek pewnej weryfikacji. W Instytucie Onkologii w Gliwicach wprowadziliśmy taki obowiązek, że każdy wniosek, który był wystawiany czy jest nadal wystawiany, podlega nie tylko ocenie konsultanta wojewódzkiego, co jest oczywiste i naturalne, ale podlega również pewnej weryfikacji w postaci małej komisji, w której w skład wchodzi właśnie dyrektor. Lekarz ma obowiązek wystąpić przed tą komisją razem z tym wnioskiem, odpowiadając na pytania, które tam mu zadajemy. Jednym z najczęstszych pytań jest bardzo proste pytanie: Przewidywalne dalsze przeżycie? Jeżeli okazuje się, że wniosek został wystawiony dla pacjenta, który rokuje przeżycie miesiąc, to jest bardzo dyskusyjne, czy taka terapia powinna być wdrożona, bo jedno nie ulega wątpliwości, że RDTL, czyli ratunkowy dostęp do terapii lekowych, nie jest pogotowiem ratunkowym i nie ratuje życia z dnia na dzień. To są często substancje, które wymagają czasu, żeby zadziałały. Dotyczy to wielu immunoterapii i np. musi upłynąć kilka miesięcy, zanim przekonamy się, czy jest efekt tego leczenia. Jeżeli pacjent nie jest w stanie przeżyć do tego czasu, to może być to po prostu tylko niestety wyrzucaniem pieniędzy.

W tym miejscu muszę powiedzieć, że ten obowiązek… W sumie nie odrzucaliśmy wcale zbyt dużo tych wniosków, ale stres, a właściwie dyskomfort, związany z wystąpieniem danego lekarza przed tą komisją, sprawia, że często lekarz bardzo zastanawia się nad wystawieniem takiego wniosku. To jest sposób, który polecam wszystkim administratorom decydującym o wydawaniu ciężkich pieniędzy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Teraz bardzo proszę, pan doktor.

Wiceprezes zarządu Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach, członek zarządu IFIC Polska Artur Prusaczyk:

Dziękuję serdecznie za zaproszenie i możliwość wypowiedzenia się. Chciałem tylko pokazać, że istnieje możliwość usprawnień organizacyjnych w całym systemie, pozwalających na poprawę efektywności i wartości. Taką podstawową interwencją, którą stosujemy, jest bilans zdrowia. Chcę pokazać, że tutaj w naszym ujęciu populacyjnym, aktualne wykonanie jest od pięćdziesięciu kilku do blisko siedemdziesięciu procent. Jest to względne w zależności, o którym programie rozmawiamy, tak że ta interwencja zintegrowanego bilansu zdrowia, przeprowadzana przez pielęgniarki i położne na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, jest po prostu interwencją skuteczną. Statystyki dla Polski to: 36% mammografia, cytologia 11%. To są wyniki wielokrotnie przewyższające te dane. To jest przykład rekordu jednej z naszych pacjentek, gdzie widać, jak ona systematycznie uczestniczy przez lata i że to nie są tylko interwencje chwilowe. Kto to robi? To przede wszystkim robią nie lekarze. Robią to nawet dietetycy, ale przede wszystkim robią to rejestratorki, asystentki i pielęgniarki oraz położne. Im należy to powierzyć. Oczywiście jest do tego potrzebny dobrze zbudowany system motywacyjny, czyli płacenie za wyniki w pracy, za zaangażowanie. Tutaj chciałbym pokazać, że w takim 5-letnim ujęciu to praktycznie blisko 80% naszych pacjentek jest objętych tymi programami profilaktycznymi. Faktycznie jest specjalna grupa, która poszukuje pozostałych 13-14%, którzy są poddani naszej opiece, ale nie zgłaszają się. Często wyjeżdżają i to jest ciężka praca, żeby do nich dotrzeć. Te blisko 80% to jest wynik taki sam jak w Danii, Szwecji czy Finlandii i to po prostu można zorganizować, tylko to trzeba odpowiednio właśnie organizować.

To jest taki przykład nie do omawiania, ale musi być dedykowana interwencja dla odpowiednich grup. Tu na czerwono zaznaczone panie nosicielki mutacji BRCA1, bo taki program, który przez wiele lat był w gestii Ministerstwa Zdrowia, to on został w tej chwili przeniesiony do NFZ. To jest bardzo dobry program, który pozwala zidentyfikować nosicielki i pacjentki z rodzin wysokiego ryzyka. Im się funduje inną interwencję organizacyjną… A z klinik od 50 roku życia. Na żółto natomiast są zaznaczone pacjentki w ramach tzw. zdrowych gmin, czyli aktywnego zapraszania dodatkowych pacjentek jako takiego dodatkowego przesiewu. Ważne jest, żeby pracownicy pracowali. Proszę zwrócić uwagę, że technicy wykonują codziennie od 30 do 40 mammografii. To jest bardzo ważny element. Tu nie chodzi o to, żeby pracownicy byli w pracy, tylko żeby robili je w pracy i to w dodatku, żeby robili w odpowiedniej jakości. To jest koniec pierwszej prezentacji.

Pokażę tylko jeszcze jeden slajd z drugiej prezentacji. To jest prezentacja na 3 czerwca, ponieważ Narodowy Instytut Onkologii organizuje spotkanie i ja chciałbym tylko pokazać… Pierwsza sprawa. Przyczyną problemów realizacji profilaktyki i uczestnictwa w niej jest przede wszystkim oparcie na modelu małych zatomizowanych gabinetów prywatnych. Zdrowia populacyjnego tak się nie rozwiązuje. Tak jak szczepienia COVID-19 pokazały, że można wyszczepić ponad 60% populacji polskiej, to tak samo można zrealizować badania profilaktyczne w zakresie onkologii. Ten nasz system jest bardzo niedojrzały. To jest materiał pana prof. Bidzińskiego. Skala europejska, którą powinniśmy się posługiwać, dojrzałości do koordynacji i integracji pokazuje diagnozę, że mamy dużo do zrobienia. Na żółto jest zaznaczony obszar, który już zorganizowaliśmy, czyli już w ramach dzisiejszego systemu można zrobić dużo, ale system ogólnopolski jest określony tutaj na zielono. Tu mamy dużo do zrobienia. Chciałem tylko pokazać… Zainteresowanych zapraszam oczywiście 3 czerwca na konferencję. Natomiast, co powinniśmy zrobić, żeby realnie zbudować wysoką dostępność populacyjną? Tutaj ten slajd dotyczy raka szyjki macicy i koncepcja naukowa jest optymalna. Tu już nie trzeba nic wymyślać. To jest zrobione dobrze, jest przetestowane i to trzeba po prostu robić, ale liczba wykonawców jest marginalna i niewystarczająca. To jest rozwiązanie suboptymalne. Nie mogą POZ-y czy AOS-y nie realizować, mimo że jest to wpisane w zarządzenie albo można sobie wybrać nierealizowanie. To jest jakieś suboptymalne, delikatnie mówiąc. Zarządzanie wykonawcze NFZ jest niepełne. Oczywiście są, ale one są niepełne, uniemożliwiają pełną, normalną i spójną pracę.

Kontrola jakości. Ktoś, kto realizuje badania profilaktyczne, ma kontrolę jakości a ktoś, kto ich nie realizuje, ich nie ma. To jest w ogóle coś strasznego. Pozostały rozwiązania, które są już całkowicie nieoptymalnie – używając języka onkologii – zorganizowane. Nie ma koncepcji organizacyjnej systemu w zakresie profilaktyki. Zadania rekonfiguracji KPI, czyli tzw. celów pośrednich dla dyrektorów oddziałów… Przynajmniej o nich nie słyszałem. Interesuję się tą sprawą, być może one istnieją, ale nie znam ich. Wydaje się, że warto, żeby one były podane do publicznej wiadomości, bo wtedy dyrektorom oddziałów wojewódzkich będzie łatwiej podejmować decyzje. Nie tylko że mamy mammografię w powiecie X czy Y, tylko żeby chętnie w tym uczestniczyć i motywować swoich pracowników i wykonawców czy świadczeniodawców.

Kwestia optymalnego wykorzystania zasobów personalnych. Mamy największe zasoby położnych na świecie. Mamy 28 tys. położnych w służbie czynnej i blisko 49 tys. wykształconych położnych w polskim systemie edukacyjnym a mamy najsłabsze wyniki albo jedne z najsłabszych w Europie. Trzeba to zmienić. Nie czekać na porody, których ostatnio jest mniej, tylko wyjść naprzeciw pacjentowi. Integracja SIM z programem gabinetowym. Dzisiaj jej nie ma. Jest to zablokowane przez różnego typu konsorcja informatyczne, które stawiają pod ścianą. NFZ nie potrafi sobie z tym poradzić, a my z tego tytułu nie możemy weryfikować, czy pacjent ma mieć wykonane badanie. Umowy obligatoryjne ze świadczeniodawcami. Dzisiaj tylko 3% podmiotów POZ i AOS takie umowy ma. To jest po prostu nieakceptowalne.

Umowy pomiędzy świadczeniodawcami. Dzisiaj w pilotażu, który był realizowany, takie umowy były. Można było się komunikować. Dzisiaj wszystkie samorządy, nie mówiąc już o innych świadczeniodawcach, zasłaniają się RODO. Musi powstać jakaś wykładnia. Tutaj taki pozytywny przykład pani prof. Agnieszki Migas z czasów pandemii, kiedy ona praktycznie codziennie wysyłała odpowiednią pulę informacji w sposób prosty i zwięzły. To działało. Warto powiedzieć, że samorządy mogą współpracować, a w ogóle mają to wpisane w ustawę i nie muszą się zasłaniać tą niechęcią do pracy nad profilaktyką.

Prawie przedostatnie to zasoby prywatne, które są niewykorzystane. Są takie przykłady w Katalonii czy Danii, gdzie świadczeniodawcy prywatni w pełni w tym uczestniczą. Po prostu laboratoria diagnozują. To, że jest to materiał pobrany w autosamplingu czy w gabinecie prywatnym, to nie ma żadnego znaczenia. W Brazylii, gdzie położne pływają takimi łódkami ze wsi do wsi, nikt nie robi z tego tytułu problemu. Raportuje laboratorium a nie ta położna gdzieś tam u źródeł Amazonki. Szkolenie managerów systemowych. Tego po prostu nie ma. Tak samo musi być szkolenie personelu wykonawczego oraz personelu nadzorującego i oczywiście pacjentów też.

Ostatnia sprawa to całkowity brak systemu kontrolno-ewaluacyjnego. To, że te dane są to jedno, ale jeszcze trzeba coś z nimi zrobić. Nie chodzi o to, żebyśmy te dane zostawili jako spadek dla naszych wnuków, prawnuków czy następnych pokoleń jak węgiel, tylko żebyśmy ich używali. Tego brakuje. Pani poseł prosiła, żeby przygotować informację, w jaki sposób można to zrealizować. Można to zrobić. Serdecznie dziękuję za prawo do wypowiedzi.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękujemy. Jest to bardzo dobry pomysł. Tutaj muszę jeszcze uzupełnić, bo wspólnie z Narodowym Instytutem Onkologii w Gliwicach pracujemy nad modelem współpracy POZ-ów właśnie z instytutem. Jest to już wypracowane. Już panie profesorze oddaję panu głos, sekundkę. Tu chciałam powiedzieć, że widząc dobrą analizę potencjału w POZ-ecie i wśród położonych, chcemy tutaj w jakiś sposób wpłynąć na to, aby ta profilaktyka została systemowo ujęta przy wielkim zaangażowaniu organizacji pacjenckich, które bardzo sobie cenię w swojej działalności parlamentarnej i które to organizacje pacjenckie podpisały przy współpracy ze mną takie wspólne dzieło związane właśnie z propagowaniem profilaktyki po to, aby poprawić zdrowotność Polaków i Polek. Mamy ciekawe koncepcje. Myślę, że za niedługo znowu będziemy realizować te wszystkie założenia programowe. Pan profesor Tadeusz Pieńkowski, prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi. Bardzo proszę, panie profesorze.

Prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi prof. Tadeusz Pieńkowski:

Dzień dobry państwu. Dzień dobry, pani poseł. Dziękuję za zaproszenie i możliwość zabrania głosu. Moją domeną zawodową jest leczenie chorych na raka piersi. Muszę powiedzieć, że w obecnych czasach, jeśli chodzi o farmakoterapię tej choroby, jesteśmy tak naprawdę w komfortowej sytuacji, gdyż czas pomiędzy rejestracją europejską a wprowadzeniem refundacji jest bardzo krótki. Mamy przewidywalny plan dochodzenia do tej sytuacji i można powiedzieć, że te sprawy rozwijają się w bardzo dobrym kierunku. To powoduje, że nasi chorzy żyją coraz dłużej, a co za tym idzie, wymagają tego, żeby coraz częściej nas odwiedzać. Może nie odwiedzać coraz częściej, ale ta liczba wizyt na leczenie jednej osoby gwałtownie rośnie. Co za tym idzie, następują problemy organizacyjne związane z zaspokojeniem tych potrzeb, bo przerwać leczenia z innych przyczyn niż progresja lub toksyczność, nie można, więc my tych chorych leczymy.

Upowszechnianie nowych leków w lwiej części odbywa się za pomocą programów lekowych. Praktycznie wszystkie nowe leki są tak wprowadzane. Apelowałbym o możliwość rozważenia uproszczenia dodatkowej dokumentacji generowanej na potrzeby sprawozdawania w programach lekowych, gdyż ten problem, patrząc nawet na liczby, które tutaj są w dostarczonych przez nas dokumentach… To jest liczba hospitalizowanych chorych. Liczba rozliczanych różnego rodzaju czynności rośnie w sposób lawinowy, gdyż w danym roku nie tylko są leczone osoby, które w tym roku zachorowały, a leczonych jest jeszcze wiele osób, które zachorowały w ubiegłych latach. Jeżeli oni żyją dłużej, to ta liczba stale rośnie. Koncepcja leczenia chorych w dedykowanych do tego ośrodkach nie wymaga komentarzy. Jedyne co to te ośrodki powinny podlegać audytowi zewnętrznej organizacji, która nie jest uczestnikiem tego programu i nie jest jednym z beneficjentów właśnie tego programu.

Należy dążyć do utworzenia bazy danych, która będzie dostępna publicznie i dotyczyła aktywności tych ośrodków zawierających niezbędne informacje odnoszące się do zakresu leczenia, czasu oczekiwania itd. Natomiast jeśli chodzi o sytuację… Ponieważ jeśli jest tak dobrze, to dlaczego niestety jest źle? Dlaczego przeżycia różnią się od tych, które są średnią europejską, już nie mówiąc o przeżyciach w czołowych krajach? Dlaczego współczynniki… Polska jest jedynym krajem Unii Europejskiej, w którym rosną współczynniki umieralności z powodu raka piersi. Współczynniki zapadalności rosną – będą rosły – i tu nie ma możliwości odwrócenia tego trendu. Natomiast myślę, że to znajduje wielkie uzasadnienie w tym, co powiedział tutaj pan doktor. Sam program mammografii przesiewowej jest dobrze zorganizowany, tylko on nie może przekroczyć magicznej liczby 40% uczestników. Dostępność do SIM-u, zaniechanie wysyłania zaproszeń, brak stałej i nieustannej promocji we wszystkich możliwych sytuacjach, stanowią jedną z tych przyczyn. Drugą z tych przyczyn jest czas, który mija od momentu, kiedy kobieta podejrzewa, że może mieć raka… Niezależnie czy to podejrzenie pada na podstawie badania obrazowego takiego czy innego, czy ze screeningu, czy na podstawie badania wykonanego poza screeningiem, czy wynika z tego, że kobieta sama sobie ręką znalazła te zmiany. Czas od tego podejrzenia do momentu wykluczenia lub rozpoznania i do leczenia jest w Polsce zbyt długi w stosunku do krajów, do których aspirujemy. Ten czas jest czasem, którego nawet najlepsze technologie nie są w stanie nadgonić i odrobić. Oczywiście przyczyną tej sytuacji są dwie grupy przyczyn.

Jedna jest związana z lękiem przed nowotworem. Nikt nie chce zachorować. Występują rodzaje myślenia magicznego, braku wiary w akademicką medycynę itd. Są też jednak przyczyny organizacyjne, związane z dostępnością do miejsc, w których takie kobiety mogą uzyskać realną pomoc. Myślę więc, że żebyśmy odwrócili ten niekorzystny trend związany z tym, że współczynniki umieralności rosną, a nasz dystans, jeśli chodzi o przeżycia pięcioletnie, przestał maleć w tej chwili, to niestety przede wszystkim potrzebujemy rozwiązań zmierzających, po pierwsze, do edukacji społecznej nas wszystkich, do edukacji, która będzie prowadzona w sposób ciągły a nie tylko akcyjny czy promocji aktywnego screeningu, bo tu fundusz tego nie limituje. Wykonania nie są ograniczone żadną jakąś magiczną barierą, nadwykonaniami czy innymi tego typu rzeczami. Dostępność więc jest, tylko odnosi się wrażenie, że osoby zmotywowane korzystają, a osoby niezmotywowane do tego programu nie wchodzą. Natomiast jeśli chodzi o farmakoterapię,

leczenie chirurgiczne czy leczenie promieniami, to ten trend organizacyjny leczenia tych kobiet przede wszystkim w ośrodkach temu dedykowanych jest jak najbardziej słuszny i powinien być rozwijany. Przy czym te ośrodki powinny powstawać nie tylko w dużych miastach akademickich, bo tam sytuacja tych osób jest i tak lepsza, tylko powinny powstawać w mniejszych ośrodkach na bazie istniejących już mniejszych ośrodków onkologicznych czy istniejących szpitali tak, żeby kod pocztowy nie był tak silnym czynnikiem rokowniczym, jak on w tej chwili jest. Natomiast materiały promocyjne muszą być dostosowane do wieku osób, do których są kierowane, ich poziomu edukacyjnego i miejsca zamieszkania, a sposób dotarcia z tymi materiałami powinien uwzględniać te wszystkie czynniki. Konkludując, te działania powinny być zdecentralizowane a nie kierowane tylko z jednego miejsca. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani Krystyna Wechmann.

Prezes zarządu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych Krystyna Wechmann:

Krystyna Wechmann, prezes zarządu Fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych. Tu już o profilaktyce słyszeliśmy wszystko i myślę, że tutaj czekają nas zmiany, bo to jest taki jeden najbardziej zapalny punkt, w którym nie możemy przekroczyć tej magicznej liczby 40%, a co dopiero, żeby chociaż było 50%, bo 40% nadal nie satysfakcjonuje. Zarówno pacjenci, jak i klinicyści doceniają wszystkie zmiany, które dokonały się w ostatnich latach, jeśli chodzi o opiekę nad pacjentkami z rakiem piersi. Te wszystkie zmiany organizacyjne, regulamin, refundacja nowoczesnych terapii, zmieniły krajobraz leczenia w naszym kraju. Onkologia i medycyna personalizowana cały czas przynosi nam nowości i daje możliwość… To, co pojawia się na świecie i u nas w kraju… Teraz zawsze my, pacjenci, czekamy, żeby klinicyści zwracali właśnie uwagę na to, żeby mieć te narzędzia do tego lepszego leczenia.

Już nie będę tego mówiła, bo to już minister Miłkowski powiedział, co jest w procesie teraz i czego oczekujemy, a do lipca jest niedaleko, więc pełna jestem nadziei jak wszystkie tu moje koleżanki. Jedynym jeszcze takim punktem, który tu na pewno też… Moje koleżanki wiedzą, jak ważna jest diagnostyka, bo przy tych wszystkich innowacyjnych sprawach w stosowaniu nowoczesnych celowanych terapii wymagane jest przeprowadzenie odpowiedniej i kompleksowej diagnostyki. Trochę martwię się, bo pan minister powiedział ostatnio, że fundusz medyczny jest budżetowo ciasny, a my liczyliśmy, że ta diagnostyka genetyczna będzie właśnie z tych środków z funduszu medycznego, więc liczę, że jednak żeby mieć większy efekt… Bo co z tego, że mamy terapię i że pan minister tutaj ogłosi na liście refundacyjnych te nowoczesne terapie, kiedy to sam dostęp do tej diagnostyki genetycznej jest podstawą do tego, żeby klinicyści dobrze nas leczyli. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pan poseł.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo. Jerzy Hardie-Douglas, poseł Koalicji Obywatelskiej. Chciałem zwrócić uwagę na dwie sprawy. Po pierwsze, z wielką radością dowiedziałem się, że 1 czerwca br. rusza program szczepień przeciwko wirusowi HPV. Chcę powiedzieć, że ten program jest ewidentnym przykładem niemożności indolencji. Spóźnienie z tym programem wynosi w Polsce 16 lat, tak? W Australii 16 lat temu zaczęto szczepić. Z wielką przyjemnością słucham o tym, jak się wprowadza nowe cząsteczki, ile kolejnych mld wydaje się na różnego rodzaju leczenie, natomiast pewnym truizmem jest mówienie, że profilaktyka jest znacznie tańsza i ratuje znacznie więcej żyć ludzkich niż terapia w zaawansowanych nowotworach.

Tutaj wybrzmiał, jeżeli to dobrze zrozumiałem, pewny taki krytyczny głos w stosunku do samorządów. Chcę powiedzieć, że to samorządy od wielu lat szczepią przeciwko wirusowi HPV. Przez lata byłem burmistrzem Szczecinka – przez 13 lat – i w tym czasie od 2010 r. – czyli to było 12 lat temu – przez 8 lat szczepiliśmy wszystkie chętne dziewczynki przeciwko wirusowi HPV, który jak wiadomo, właściwie w 100% zapobiega

zachorowaniu na raka szyjki macicy. Gdyby nie było takiej niemożności, której ja cały czas nie rozumiem – jak to może być. Cały czas obawiam się, że jeżeli wszystko oddaje się w ręce – że tak powiem – centrali, to właśnie tak to idzie, jak z tymi szczepieniami HPV. Nikt nie potrafi… Myślę, że nawet siedzący z nami pan minister Miłkowski nie potrafi jakoś logicznie wytłumaczyć, dlaczego jest tak olbrzymie opóźnienie. W pewnym momencie słyszałem, że to jest dlatego, że nie można otrzymać rekomendacji od Agencji Oceny Medycznej i Taryfikacji, co wydaje mi się bzdurą, dlatego że w momencie, kiedy my wprowadzaliśmy te szczepienia, to też musieliśmy przejść tą drogą i też musieliśmy mieć tę rekomendację. Mieliśmy ją, jak wiele innych miast w Polsce, tak że to jest jedna rzecz. Nie chcę się nad państwem znęcać, ale to jest naprawdę coś strasznego, tak? Cieszę się, że to wreszcie 1 czerwca rusza, ale ten temat w ciągu ostatnich lat już wybrzmiewał. Jestem pierwszą i ostatnią kadencję w Sejmie, ale od początku, kiedy jestem, mówiłem na ten temat i prosiłem, żeby coś z tym zrobić. Ciągle słyszałem kolejne daty, kiedy będzie wprowadzone już na 100% to szczepienie. Chyba teraz już będzie ono wprowadzone od 1 czerwca br.

Przy tej okazji chcę jeszcze zwrócić uwagę, że jeżeli państwo nie nasilicie takiej pozytywnej reklamy tego szczepienia, to będzie to, co ze szczepieniami przeciwko koronawirusowi, ponieważ jest olbrzymi ruch antyszczepionkowy. On niestety jest do pewnego stopnia również wygenerowany przez obecnie rządzących, ale to już nie chcę tego… Pani przewodnicząca, proszę pozwolić mi skończyć. Ja mówię prawdę.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie pośle, ale bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Ale przecież ja głuchy nie jestem. Słyszałem głosy antyszczepionkowe od państwa posłów, ale to nie jest główny temat. Co było, to było, natomiast, jeżeli państwo nie zintensyfikujecie pozytywnego przekazu dotyczącego szczepień, to mimo tego, że jest zadekretowane, że teraz będą szczepione dziewczynki, to one szczepione nie będą.

Druga sprawa, przy której myślę, w jaki sposób może ewentualnie tutaj ministerstwo pomóc. Jako lekarz chirurg onkolog praktykujący chcę powiedzieć o olbrzymim problemie, który właściwie z roku na rok jest coraz większy, jeżeli chodzi o diagnostykę raka piersi. Związany jest z brakiem radiologów wykonujących biopsję. W coraz większej liczbie miast nie ma dostępu do biopsji ani cienkoigłowej, ani gruboigłowej, ani do biopsji mammotomicznej, ponieważ olbrzymia ilość radiologów jest zainteresowana wyłącznie opisywaniem rezonansów i tomografii w teleradiologii. Nie są natomiast zainteresowani tymi badaniami, które są niezbędne absolutnie. Bez pomocy radiologów, którzy potrafią zrobić biopsję pod mammografię czy USG, nie jesteśmy w stanie zdiagnozować nowotworów. Nie wiem, w jaki sposób mogą państwo zachęcić lekarzy, żeby nie ograniczali się do najprostszego sposobu pracy, czyli do siedzenia w domu i opisywania przez Internet rezonansu magnetycznego czy tomografii, ponieważ bez ich pomocy będą coraz gorsze wyniki leczenia raka piersi w Polsce. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję, panie pośle. Nie mogę zgodzić się tutaj z wypowiedzią, ale nie chcę upolityczniać, tak jak pan upolitycznił swoją wypowiedź, bo my jesteśmy po to, żeby szukać porozumienia i razem działamy dla zdrowia. Razem, tak jak ja powiedziałam na briefingu, toczymy mecz o zdrowie i o życie. Tutaj musimy dołożyć wszelkich starań, aby pokonywać bariery, a takie opowiadanie i demagogie, że coś gdzieś jest… To trzeba konkretnie podać i zgłosić do ministerstwa czy nawet do mnie – może kolega zgłosić i ja to sprawdzę. Niech mi pan wierzy, że jestem bardzo skrupulatna i zawsze znajdę jakieś rozwiązanie, bo rozwiązania są, tylko trzeba chcieć te problemy rozwiązać. W życiu po to są problemy, żeby je rozwiązywać i żeby rozmawiać. Po to się właśnie spotykamy. Ja sobie bardzo cenię te merytoryczne dyskusje, tak że myślę, że tu naprawdę mamy dużo ciekawych pomysłów. Zresztą tu państwo profesorowie zawsze są na wyciągnięcie ręki i też pilnują tych małych ośrodków, żeby była ta koordynacja. Po to jest stworzona ta Krajowa Sieć Onkologiczna, żeby to było koordynowane przez Narodowy Instytut Onkologii i z moich doświadczeń – ja naprawdę na bardzo dużym obszarze pracuję i kon-

sultuje się – o problemach, o których kolega mówił, nie słyszałam, ale może tak akurat jest u kolegi. Popytam wśród znajomych posłów i wśród lekarzy, jak to wygląda. Dla mnie partnerem do dyskusji, jeżeli chodzi o zdrowie, są lekarze i organizacje pacjenckie, którym udzielam teraz głosu, bo tutaj zgłaszały się panie. Bardzo proszę, pani Frątczak.

Zastępca dyrektora zarządzającego w Fundacjii Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Dzień dobry państwu. Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, jeszcze się przedstawię, Joanna Frątczak-Kazana, fundacja Onkologiczna Alivia. Reprezentuję również Ogólnopolską Federację Onkologiczną. Chciałabym przede wszystkim podziękować za prezentację i państwa wypowiedzi. Chciałabym też odnieść się do kilku tematów związanych z nowotworami ginekologicznymi w kontekście Narodowej Strategii Onkologicznej, bo my to zawsze bardzo mocno pilnujemy. Pierwszy temat to są cancer unity ginekologiczne, które były planowane w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej i zdaje się, że ich wdrożenie zaplanowano nawet na 2020 lub 2021 r. Chętnie usłyszymy więc, co dzieje się w tej sprawie.

Następnie wytyczne diagnostyczno-terapeutyczne. Wczoraj na konferencji w Narodowym Instytucie Onkologii organizowanej właśnie przez narodowy instytut oraz Polskie Towarzystwo Onkologii powiedziano, że te wytyczne są czy powstają i za chwile będą one dostępne – uwaga – na stronach Narodowego Instytutu Onkologii oraz na Narodowym Portalu Onkologicznym. Narodowego Portalu Onkologicznego nie ma. Przy okazji też zapytam – jeżeli jest taka możliwość – co się dzieje w tej sprawie, bo to też jest zadanie znacznie opóźnione. Przy okazji te wytyczne diagnostyczno-terapeutyczne. Przecież wszyscy wiemy, że sama publikacja na stronie Narodowego Instytutu Onkologii czy też na stronie Narodowego Portalu Onkologicznego nie spowoduje jeszcze, że te wytyczne będą wdrażane i przestrzegane. Jakie będą mechanizmy kontrolne? Czy będą w formie obwieszczenia, czy to będą wytyczne zgodnie NSS-em? W jakim stopniu one będą skorygowane? Chcielibyśmy o tym wszystkim usłyszeć, jeżeli jest tutaj taka możliwość, bo to również dotyczy nowotworów ginekologicznych.

Kolejna kwestia, o której chciałam powiedzieć, dotyczy diagnostyki i jest tak właściwie związana z wytycznymi diagnostyczno-terapeutycznymi diagnostyki molekularnej. W ramach Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej współpracujemy również ze Stowarzyszeniem Niebieski Motyl, które właśnie zajmuje się nowotworami ginekologicznymi. Rozmawiałam dzisiaj z panią prezes, która wskazywała właśnie, że jest ogromny problem, jeżeli chodzi o diagnostykę molekularną w raku szyjki macicy czy też dostęp do badań BRCA1 i BRCA2 w przypadku raka jajnika. W związku z tym to są te tematy, na które bardzo nas interesują odpowiedzi.

Natomiast pozwolę sobie jeszcze odnieść się do wypowiedzi pana profesora Składowskiego z Gliwic, którego bardzo cenię. Bardzo cenimy sobie również współpracę z Narodowym Instytutem Onkologii z Gliwic. Pan profesor powiedział o RDTL-u i o tej komisji, która się zbiera wewnętrznie. Podsumowanie było takie, że ten stres wystąpienia przed komisją powoduje, że lekarze – to nie było powiedziane dosłownie – zastanawiają się bardziej, czy występować z tymi wnioskami o RDTL. Troszkę się zaniepokoiłam, bo to może też oznaczać, że również w tych przypadkach, kiedy to będzie wskazane, to lekarze też będą bali się wystąpić przed tą komisją. Tym bardziej że to są dosyć skomplikowane procedury i wiemy, że w wielu ośrodkach nie są one w ogóle realizowane.

Dyrektor NIO – Odziału w Gliwicach prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski:

Zapewniam panią, że ten stres jest twórczy. Nikt tutaj nie ulega żadnej presji, po prostu jako fachowiec musi przedstawić argumenty a nie tylko dobre chęci, bo często tak bywa, że te wnioski są pokrywane tylko dobrymi chęciami, a to są eksperci i dlatego… Zresztą wystarczy spojrzeć na statystykę, jak wygląda cały kraj i Śląsk na jego tle, prawda?

Zastępca dyrektora zarządzającego w Fundacjii Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Wierzę, że tak jest, natomiast zwróciłam na to szczególną uwagę.

Dyrektor NIO – Odziału w Gliwicach prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski:

Bardzo dziękuję.

Zastępca dyrektora zarządzającego w Fundacjii Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Zwróciłam tę uwagę, ponieważ reprezentuje pacjentów i taka jest nasza rola. Jeszcze chciałabym się odnieść do tego, o czym mówił pan profesor Pieńkowski, a mianowicie do tego, że jest coraz mniej lekarzy i coraz więcej pacjentów. W ramach takiego projektu… Kiedyś on się nazywał Kolejkoskop a teraz Onkoskaner. Wdrożyliśmy taką nową funkcjonalność, a mianowicie badamy czas do pierwszej wizyty u lekarza onkologa. W tej chwili w bazie mamy w zasadzie wszystkie placówki, które przez NFZ realizują taką wizytę. Niestety wyniki są bardzo niepokojące, bo średni czas oczekiwania… W tej chwili nie mogę tego sprawdzić. Przepraszam najmocniej, ale rozładował mi się komputer, gdzie miałam przygotowane te dane. To jest jednak grubo powyżej 30 czy nawet 40 dni. Jak tylko sprawdzę te dane, to uzupełnię tę wypowiedź. Ten czas rośnie. Badamy to sukcesywnie w ramach takiego projektu Tajemniczego Pacjenta. W związku z tym dzwonimy jako pacjent…

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Miałabym prośbę, że jeżeli są takie konkretne informacje, które państwo zdobywacie i jeżeli macie jakieś niepokojące analizy, to żeby kierować je konkretnie tutaj do nas, do podkomisji. Nie ma z tym problemu. Jest tutaj z nami kontakt i z panami profesorami na bieżąco również. Możemy tę kwestię wyjaśnić, bo to nie jest akurat… Dla mnie statystyka jest też taką podstawą wyciągania konkretnych wniosków i budowania strategii, natomiast żeby to były wiarygodne dane, to musimy to na czymś oprzeć i tak, żeby to nie były dane z jakiegoś nie wiadomo jakiego źródła.

Zastępca dyrektora zarządzającego w Fundacjii Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Podzielę się metodologią, z jaką prowadzimy to badanie i dostarczę dane.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

To jest bardzo ważne, żeby tutaj nie wprowadzać w błąd opinii publicznej, bo to też jest bardzo istotne. Możemy rozmawiać na różne tematy, ale to musi być oparte na faktach. Prosiłabym bardzo teraz o bardzo zwięzłe wypowiedzi, bo my o godz. 17.00 mamy Komisję Zdrowia i procedujemy ustawę, nad którą pracowałam 5 lat. Jest to ustawa o innych zawodach medycznych. Tutaj chciałam podziękować wszystkim, którzy przy tej ustawie pracowali. Jest to też moment przełomowy i to jest przede wszystkim zrobione dla pacjentów. Bardzo proszę.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry państwu, Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Tutaj są obecne cztery reprezentantki organizacji członkowskich należących do Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej. Mam pytanie, bo chciałam wrócić do tematu, który poruszył częściowo pan poseł Hardie-Douglas. Jednocześnie bardzo dziękuję pani poseł za to, że jest w stanie i wyraża chęć oraz takie możliwości, aby wesprzeć organizacje i sprawdzić, co się dzieje w sytuacjach, wobec których mamy wątpliwości.

Chciałam wrócić do promocji i edukacji szczepień przeciw HPV. Tutaj dysponuję – mam nadzieję – odpowiednimi konkretami. Wielokrotnie pytałam tutaj w Sejmie i w Senacie m.in. pana ministra Kraskę o edukację. Pytałam, kiedy ona się rozpocznie i kiedy rozpocznie się promocja szczepień przeciw HPV. Usłyszałam takie odpowiedzi, że będzie to co najmniej 2 miesiące przed wprowadzeniem szczepień, ale nie można ich zacząć, dopóki nie będzie znana data. Mamy więc rzeczywiście sytuację, jaką mamy. W dniu 1 czerwca br. mają one zostać wprowadzone i nie tylko nie ma takiej szerokiej informacji, ale nie ma również edukacji. Edukacja natomiast to jest ten element, który całkowicie został jak gdyby pominięty. Chciałam zapytać i zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz. To jest ogromne opóźnienie i dalece odbiega od zapisów Narodowej Strategii Onkologicznej. Zwracam się więc do pani poseł z prośbą o to, żeby dowiedzieć się, dlaczego te zapisy nie są realizowane w tym zakresie? Mam też konkretne pytanie. Jakie grupy docelowe mają być odbiorcami promocji tych szczepień? Mam nadzieję, że ta promocja się rozpocznie. Odbiorcą ma być młodzież czy opiekunowie? Jeżeli to mają być opiekunowie, to gdzie ta informacja – bo już na edukację za późno – będzie im przekazywana? Można było to robić u opiekunów w szkołach, ale mamy już praktycznie wakacje.

Jaki efekt chce uzyskać Ministerstwo Zdrowia, tzn. mam na myśli, jaki procent populacji docelowo ma być zaszczepiony? Jak to jest planowane? Chciałam też zapytać, czy w sytuacji, kiedy nie będzie chętnych na szczepienia z tego rocznika, to czy planuje się takie rozwiązanie, jak umożliwienie szczepień innym rocznikom? Na przykład poprzez poszerzenie tej populacji. Wydaje mi się, że to miałoby sens, bo znając skłonności Polaków czy też ich brak do szczepienia się, to być może można byłoby zaszczepić też inne populacje? Jak Ministerstwo Zdrowia chce właśnie dotrzeć do grupy docelowej? W jaki sposób ma być to realizowane?

Teraz mam drugie pytanie i zacytuję zapisy Narodowej Strategii Onkologicznej: W 2020 r. rozszerzymy pilotaż badań HPV DNA na kolejne ośrodki. Jak to jest realizowane, bo nie mam tej informacji. Kolejny cytat…

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo bym prosiła, bo naprawdę czas nas goni.

Prezes zarządu OFO Dorota Korycińska:

To już ostatnia kwestia. To są szalenie ważne rzeczy.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Wiem, z tego powodu się spotykamy.

Prezes zarządu OFO Dorota Korycińska:

„Do 2022 r. wprowadzimy do programu profilaktyki raka szyjki macicy test HPV DNA". W związku z tym cytatem chciałabym wiedzieć, jak to jest realizowane? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dziękuję pięknie. Panie ministrze, bardzo proszę o odpowiedź.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie panom profesorom i doktorowi Prusaczykowi za prezentację na wstępie, bo tutaj była też mowa o ośrodkach, które powinny mieć programy lekowe. Pan doktor Prusaczyk w swojej prezentacji powiedział, że POZ-ów w Polsce mamy odpowiednią ilość – chyba 14 tys. łącznie – ale różna jest ilość wykonywanych badań profilaktycznych i badań w poszczególnych ośrodkach. Tu pan doktor mówił na przykładzie swojego ośrodka, gdzie ilość tych badań jest zdecydowanie wyższa niż średnia w Polsce. To już wielokrotnie mówiliśmy, że tak jak w centrach onkologii, tak w poszczególnych jednostkach wysokiego poziomu referencyjnego… Jeśli jest klinika czy polinika ginekologii onkologicznej, to ona musi specjalizować się we wszystkich rodzajach. Musi mieć i profilaktykę, i wszystkie programy lekowe. Każda jednostka, która specjalizuje się w danej dziedzinie, musi realizować wszystkie zadania, które do tego zakresu przynależą. Programy lekowe i chemioterapia w danym obszarze jest niezbędnym elementem procesu leczenia i musi być przypisana. Ostatnio podawałem przykład w zakresie klinik okulistycznych, które nie były zainteresowane programami lekowymi, ponieważ koordynatorzy i kierownicy klinik mieli prywatne ośrodki, w związku z tym nie było tam do tego uzasadnienia. Z tego powodu proponowaliśmy, żeby zlikwidować te kliniki okulistyczne w tych akademiach medycznych, bo po co mają istnieć, jeśli nie realizują one wszystkich zakresów. To samo oczywiście jest w POZ-ecie.

Nie ma uzasadnienia, żeby POZ istniał, jeśli nie realizuje swoich zadań. Te zadania natomiast są bardzo szerokie, również mieści się w nich wykonywanie badań mammograficznych, również wykorzystanie tych wszystkich umów, które przynależą podstawowej opiece zdrowotnej, no i oczywiście monitorowanie tej jakości. Mamy też w wielu zakresach… W badaniach bilansowych nie wszystkie POZ-y robią w bardzo istotnym zakresie badania bilansowe. Teraz przy elektronizacji badań bilansowych na pewno będziemy to widzieli. Zresztą przy elektronizacji widzieliśmy po raz pierwszy właśnie elektronizację szczepień na koronawirusa. Teraz elektronizacja jest również w przypadku HPV. Te badania będziemy widzieli online zawsze, ponieważ to jest system informatyczny, w którym w każdym momencie od momentu podania szczepionki widzimy, które ośrodki, jakich szczepionek używają. Za to mają możliwość otrzymania finansowania, bo po raz pierwszy to jest szczepienie, które zgodnie z kryteriami i zgodnie z koszy-

kiem świadczeń gwarantowanych świadczy w podstawowej opiece zdrowotnej wszystkie szczepienia, które są wliczone w koszty stawki kapitacyjnej. Wyjątkowo, żeby wzmocnić szczepienia przeciwko HPV, ustaliliśmy, że NFZ będzie finansował te wszystkie szczepienia i też po raz pierwszy odseparowaliśmy te szczepienia od POZ-ów, gdzie dziecko jest zapisane. Każdy będzie mógł pójść do każdego POZ-u, ponieważ jest dokumentacja medyczna w chmurze, którą można w każdym miejscu sprawdzić. W związku z tym będzie można to wykonać również w innych ośrodkach i będziemy mogli analizować ośrodki pomiędzy sobą, jak realizują te szczepienia.

Oczywiście ja powiem, że nie ma możliwości, żeby wszystkich 12- lub 13-latków, dziewczyny i chłopców, 1 czerwca zaszczepić. Jest to 700 tys. osób. Nie ma czegoś takiego w żadnym państwie, w związku z tym nie można powiedzieć… Zresztą Narodowa Strategia Onkologiczna ma jasne wskaźniki w zakresie chyba do 30 roku, w związku z tym w ciągu 10 lat… Jak państwo wiecie, w pierwszym roku planowane było rozpoczęcie finansowania wyłącznie dziewczynek i to jednego rocznika, w związku z tym, ponieważ jest to opóźnione, to poszerzyliśmy 4-krotnie grupę docelową, żeby jak najszybciej zaszczepić jak najwięcej osób. Zresztą też odnosząc się do kampanii informacyjnej, to ta kampania uświadamiająca jest długookresową informacją dla społeczeństwa. Widzimy też… Bo pan poseł Hardie-Douglas mówił o swoim mieście. Mamy też przykłady z poznańskiego, że ten zakres wyszczepienia rośnie, ale nie odbywa się to w ciągu jednego roku. Rośnie on systematycznie w ciągu kilku lat i jak gdyby ta praca zobligowana jest do tego. Nie jest to związane z tym, że to będzie czerwiec i w związku z tym, że to jest zupełnie beznadziejny okres, ponieważ jeśli ktoś się nie zaszczepi w czerwcu, to będzie mógł to zrobić we wrześniu. To nie jest tak, jak w przypadku nowotworu, że trzeba to natychmiast wykonać. To nie jest operacja w trybie nagłym i czerwiec nie jest obligatoryjny dla wszystkich. Jak ktoś nie zdąży w czerwcu, to będzie mógł zaszczepić się we wrześniu, październiku czy kolejnym roku. Oczywiście mowa jest tutaj o dwóch rocznikach. Tu też były o to pytania. Będą mogli zaszczepić się 12 i 13-latkowie, ale nie później niż do ukończenia 14 roku życia. Tu też jasne kryteria daliśmy, że do 13 roku dziecko powinno otrzymać pierwszą dawkę.

Wiemy, że to jest dwudawkowa szczepionka. Druga dawka powinna być wykonana po pół roku, ale wiadomo, że pacjenci nie zawsze trafiają na szczepienie dokładnie 180 dni po pierwszej dawce. Może tu być miesiąc opóźnienia, tak że też z tego nie robimy żadnych problemów. Też to jest początek i wiemy, że chyba do końca ubiegłego roku, znaczy rok wcześniej, obydwie firmy deklarowały negatywnie, że nie mają szczepionek, bo nie mają możliwości wyprodukowania większej ilości szczepionek. Po rozszerzeniu możliwości produkcyjnych dopiero w ubiegłym roku to się udało. Też jesteśmy po bardzo dobrym postępowaniu przetargowym. Mogę zapewnić państwa, że mamy bardzo dobre warunki dla zakupu tych produktów i oczywiście też mamy taką sytuację, że tutaj bardzo ważny jest element taki, że udostępniamy w zależności od zapotrzebowania wszystkie istniejące szczepionki na rynku światowym, czyli dwu i dziewięciowalentne. W związku z tym są one do dyspozycji.

Tu jest ważny element. To jest szczepienie, które zakładamy, że jest szczepieniem nieobowiązkowym, ale zalecanym, przy którym informacja gra główną rolę i to informacja o zaletach tego szczepienia. To jest właśnie ta kampania informacyjna, która będzie realizowana, ale mówię, że to nie jest tak istotne, że musi być to wszystko realizowane dokładnie 1 czerwca. Mamy szczepionki w całości już dostarczone przez obydwie firmy. Mamy także kolejne możliwości rozszerzenia tego postępowania przetargowego. W zależności od zapotrzebowania mamy gwarancję, że środki potrzebne do realizacji tego są i będą one wykorzystane. Na szczepienie, na organizację wszystkich transportów czy na zakup szczepionek są zabezpieczone środki finansowe. Jeśli chodzi o diagnostykę i cancer unity, to oddam głos dyrektorowi, a jeśli chodzi… Dobrze, to może pan dyrektor teraz zabierze głos.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dzięgielewski:

Dziękuję bardzo. Myślałem, że już nie będę miał szansy wypowiedzieć się i sądziłem, że na pytania odpowiem po spotkaniu. Sprawy natomiast wyglądają tak, że Narodowa

Strategia Onkologiczna była bardzo ambitnym programem, który wyznaczał nam dość ciasne terminy. My to wszystko zaplanowaliśmy w bardzo przemyślany sposób tuż przed epidemią. Epidemia natomiast troszkę nam skomplikowała możliwość dotrzymania tych terminów, które wynikały z całej strategii, niemniej jednak to wszystko wdrażamy stopniowo. Zaczęliśmy oczywiście od raka piersi, który wydaje się wyborem najoczywistszym, tym bardziej że dla raka piersi istnieją standardy wszędzie uznane i wiemy mniej więcej, co tam powinno być.

W tamtych czasach byłem jeszcze dyrektorem oddziału wojewódzkiego i po pierwszej literacji – o ile dobrze pamiętam – zakontraktowano 5 ośrodków w Polsce. W dwóch miejscach uznano, że są spełnione warunki. Nikt inny warunków nie spełnił, tak że nam to nie do końca wyszło i nie dało się zgodnie z tą zasadą ich zakontraktować. Oczywiście mamy już teraz kolejny program. Tych ośrodków jest znacznie więcej i one już realizują te świadczenia tak, jak należy i zgodnie z tymi wszystkimi zasadami. Dopracowaliśmy zasady Colorectal Unitu. Z tego, co wiem, to w tej chwili na tapecie już właściwie kończymy wypracowywanie założeń, jeśli chodzi o raka płuca. Natomiast, jeżeli chodzi o raka narządów kobiecych, raka ginekologicznego unitom, to założenia będziemy wypracowywać w dalszej kolejności. Musimy pamiętać, że o ile AOTMiT i o ile eksperci zajmują się tym i oni mogą się podzielić pracą, o tyle to wszystko skupia się w bardzo wąskiej komórce, która potem te wszystkie założenia musi przekłuć na rozporządzenia i przekonsultować z ekspertami i wszystkimi innymi. To po prostu fizycznie jest nieco utrudnione. Natomiast czy wytyczne, które są opracowywane, wejdą w życie, to tak, wejdą w życie, ponieważ to już nie będą tylko i wyłącznie wytyczne, które będą pokazywały, jak widzimy ścieżkę diagnostyki, ścieżkę leczenia, co powinno uwzględniać leczenie każdego pacjenta czy pacjentki, bo to już nie będzie zależało od płci… Pamiętajmy, że wejście Krajowej Sieci Onkologii z kolei… Bo to jest drugi ze skrótów, który w tym obszarze jest bardzo mocno promowany. Wiąże się to także ze wskaźnikami i miernikami, które będą pokazywać, jak wygląda leczenie w poszczególnych ośrodkach. W tej chwili eksperci pracują nad tym, żeby te wskaźniki i mierniki oparte były właśnie o te wytyczne diagnostyczno-lecznicze, czyli żeby pokazywały i premiowały sposób załatwiania pacjentek dokładnie zgodnie z tymi wytycznymi. To jest jedyna metoda, żeby uzyskać zgodność. Nie na zasadzie, żeby to było podpisywane przez nie wiadomo kogo i powiedziane, że to jest prawda objawiona, bo oczywiście w 100% się nie da, natomiast jeżeli będziemy to obserwować, komunikować i ośrodki będą porównywać się między sobą, to jest to chyba jedyna metoda, żeby coś weszło w życie. Pragnę przypomnieć, że to właściwie jest nowość w naszych warunkach, bo to, co do tej pory publikowaliśmy, nie umożliwiało porównywania ośrodków ze sobą. Było to do tej pory traktowane dość nieśmiało. Mamy dość dużą kampanię na to, żeby ta jakość weszła. Jednak do pokazywania, żeby mierzyć wskaźniki, mierniki i żeby to pokazywać… Wydaje się, że wszędzie na świecie już dawno doszli do tego, że to jest jedyna metoda, żeby wymusić stałe podnoszenie jakości poprzez porównywanie ośrodków ze sobą. A ponieważ byłem parę razy na tym zespole, który to robi… Zdaje się chyba, że jestem jego członkiem, więc wiem, na czym te wszystkie wskaźniki mają być oparte. Z grubsza rzecz biorąc, próbujemy wypracować jakby dwa sposoby oceny. Oczywiście z jednej strony są pewne wytyczne, które dotyczą każdego pacjenta z chorobą nowotworową, np. czy było konsylium, czy nie było konsylium. To jest niezależne od tego, czy mamy do czynienia z nowotworami kobiecymi, męskimi, urologicznymi, w klatce piersiowej czy gdziekolwiek indziej. Zawsze początek to jest konsylium, które powinno się zebrać i ustalić jak pacjenta leczyć. To jest oczywiście wskaźnik dla każdego nowotworu. Natomiast są wskaźniki, które dotyczą konkretnych nowotworów, np. czy wykonano znakowanie, czy usunięto odpowiednią liczbę węzłów chłonnych. To będą już wskaźniki do określonych nowotworów, tak że chcemy badać sam proces organizacji leczenia w ośrodkach wielospecjalistycznych, ale też sposób organizacji leczenia określonego nowotworu. Myślę, że to pomoże nam, żeby przynajmniej wytyczne tam, gdzie są i są ściśle określone, nie tylko ładnie wyglądały na stronie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, ale żeby były stosowane.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie dyrektorze, bardzo… Momencik, ja tutaj moderuję dyskusję. Tyle mam władzy, to pozwólcie państwo, żeby w dyskusji nie było chaosu. To musi być uporządkowane. Pan dyrektor bardzo ładnie to opowiedział. Ja też uważam, że standaryzacja musi być i to jest ten model, do którego zmierzamy. To jest to, co właśnie tutaj państwo profesorowie i doktorzy mówią o tym, jak pewne POZ-y normy spełniają, a pewne nie spełniają. Te POZ-y są kluczem do pewnych rzeczy, żeby systemowo poukładać zarówno profilaktykę, jak i tę wczesną diagnostykę, tak że bardzo cieszę się, że ta dyskusja właśnie zmierza do takich fundamentalnych założeń, które będą egzekwowane. Z tego, panie dyrektorze, bardzo cieszymy się. Jest to trudna praca, ale to zostało wymuszone przez życie, bo jeżeli dana jednostka medyczna dostaje finansowanie, to musi spełniać określone normy i ta standaryzacja musi być wprowadzona. Bardzo proszę… Pani poseł ma pierwszeństwo, tak że bardzo proszę.

Poseł Katarzyna Maria Piekarska (KO) – spoza składu podkomisji:

Bardzo króciutko tutaj się wypowiem i odniosę do pana ministra. Myślę, że bardzo ważne jest to, że będą te szczepionki przeciwko HPV, bo to jest taki pierwszy ważny krok, żeby Polska była krajem wolnym od raka szyjki macicy. Jednak żeby ludzie zaszczepili się, to muszą najpierw o tym w ogóle wiedzieć. Naprawdę wystarczy wyjść… To, co pani mówiła. Wystarczy wyjść z tego gmachu czy gmachu ministerstwa i po pierwsze zapytać, co to jest to HPV, bo mało kto wie, a po drugie uświadomić, że w ogóle są jakieś szczepienia. To jest jakaś wiedza tajemna, a nawet powiem, że tutaj pewien poseł… Naprawdę przez litość nie podam jego nazwiska, bo to nie ma znaczenia. Powiedział on, że to jest w ogóle dziwne i że to ministerstwo też robi się dziwne, bo teraz przeciwko brodawczakowi ludzkiemu, czyli przeciwko HPV, to się będzie chłopców szczepić, a przecież co? Chłopcy macicę mają? Słowo honoru. To powiedział poseł w jakiejś prywatnej rozmowie, ale no nawet jako żart było to, powiedziałabym, mało śmieszne. Powiem ci Basiu, kto to jest, ale już po nagraniu.

Natomiast chciałam zapytać, panie ministrze, ile środków jest przeznaczonych na informację o tym, na kampanię informacyjną? Jak ona będzie prowadzona, żeby ona miała szansę dotrzeć do jak największej liczby odbiorców? W samym tylko… Słuchajcie, na oficjalnych stronach czy ministerstwa, czy w jakichś państwa oficjalnych dokumentach, w tej chwili nie pamiętam, ale przeczytałam taką informację, która powiedziałabym, że mnie zmroziła, ale pewnie tak jest, że szacuje się, że skorzysta z tych szczepień – uwaga – 20% uprawnionych, czyli tych, którzy mieli być zaszczepieni. To jest po prostu tak naprawdę przerażające, dlatego pytam tylko, jak to będzie z tą kampanią informacyjną i jak zamierzacie ją państwo przeprowadzić i kiedy zaczynamy z tą kampanią? Obawiam się, że jeżeli tego nie zaczniemy, to cały ten system niestety mimo jego bardzo dobrego celu, może tego celu po prostu nie osiągnąć.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Myślę, że kampania jest przygotowana. Ja akurat nie będę zdradzać pewnych podjętych działań, ale mogę zapewnić państwa, że kampania jest przygotowana i myślę, że organizacje pacjenckie też się w to włączą, i tak jak pan minister powiedział, od 1 czerwca wchodzi refundacja szczepionek, ale to nie jest tak, że na sztywno wszyscy 1 czerwca idą do POZ-ów, tym bardziej że nie ma tyle szczepionek wyprodukowanych. Na to też trzeba realnie patrzeć. Pamiętacie państwo, jaki problem był z koronawirusem, jak to niestety ciężko wszystko było…

Mnie akurat doświadczyło to, że ja nie dostałam szczepionki i przypłaciłabym to życiem, tak że tu naprawdę są pewne możliwości przerobu i musimy tu własnym też… Oprócz tych odgórnych informacji w mediach ogólnych, które będą, to tutaj też duża rola jest organizacji pacjenckich i nas samych, bo jeżeli my będziemy patrzeć na kogoś, co zrobić, to jest to bardzo złe rozwiązanie. Uważam, że taka mobilizacja i zachęcanie wszystkich dookoła i uświadamianie, bo to, co pani poseł powiedziała o pośle, to po prostu – nie wiem, że w XXI w. taka świadomość jest odnośnie do brodawczaka. Też musimy dużo zrobić. Tam zgłaszała się pani Irena Rej. Bardzo proszę.

Prezes zarządu Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA" Irena Rej:

Dziękuję bardzo. Jak już jest chór głosów o HPV, to i ja dołączę do tego swój głos. Słuchając tego, jestem trochę tak zdziwiona i właśnie nie wiem, jak mam do tego podejść, dlatego że 1 czerwca br. rusza kampania i to powiedział pan minister Niedzielski. Rozumiem, że jak minister ogłasza, że 1 czerwca coś rusza, no to faktycznie rusza. To jest pierwsza rzecz. Nikt nie mówi, że mamy się szczepić 1 dnia, bo wiadomo, że to jest szczepionka, która jest podawana dla wielu osób i ona musi być rozłożona w czasie. My sobie doskonale z tego zdajemy sprawę. Brakuje może w tych wypowiedziach tego, że właśnie zabrakło tego, że rozpoczniemy i będziemy ją prowadzili systematycznie nawet po wakacjach, kiedy rozpocznie się rok szkolny, aby pokazać, że to jest długi proces, na który musimy wszyscy się przygotować. Wówczas prawdopodobnie byłoby mniej dywagacji, kiedy, co i jak, bo mielibyśmy pewność, że to w taki sposób jest zaplanowane. Jeżeli tego typu wątpliwości są, dla kogo są szczepionki, jak tutaj pani poseł powiedziała, to ja powiem, że do nas dzwoni multum osób z zapytaniem właśnie… Ja wiem, że pani wie. Nigdy bym panią nie podejrzewała. Ja tylko cytuję pani wypowiedź, że takie poglądy też są. Teraz, co my proponujemy? Przede wszystkim chcielibyśmy, żeby… Ja byłam chyba 2 miesiące temu na podkomisji ds. zdrowia publicznego, gdzie Ministerstwo Zdrowia przedstawiało stan przygotowania do rozpoczęcia tej kampanii przeciwko HPV. Wówczas usłyszeliśmy następujące informację, że jest rozpisany konkurs na kampanię taką propagandową, marketingową i że w trakcie tej kampanii będą spoty telewizyjne, spoty radiowe itd.

Na pytanie pana posła prowadzącego, kiedy to będzie, powiedziano, że przetarg już jest rozstrzygnięty i wszystko jest przygotowane. Ja się stale dopytywałam, kiedy to będzie i nikt mi nie mógł odpowiedzieć. Czy można byłoby dowiedzieć się, chociażby jaki jest zakres tej kampanii, bo też zwracamy uwagę na to, w jaki sposób informować ludzi o tej kampanii i na jakie słowa kłaść nacisk w tej kampanii? Proponujemy, żeby takim głównym hasłem dla tej kampanii było „zaszczep swoje dzieci przed chorobą nowotworową". Nie mówić dokładnie o jakichś szczegółach, bo jak zaczniemy mówić o szczegółach, to zaczną się pytania, a pytania są najgorsze, bo później trudno jest się z nich wyplątać. Chciałabym, żebyśmy ustalili po prostu jakąś jednolitą linię działania, którą będzie można… Nie wiem, czy mój pomysł jest najlepszy, ale to sprawa do dyskusji, którą powinniśmy odbyć wspólnie i ustalić to w gronie specjalistów. Jest jeden z najlepszych specjalistów w Polsce, który zajmuje się sprawami właśnie m.in. szczepienia, pan prof. Rzymski z Poznania. Czytałam jego wiele wypowiedzi na ten temat. Zresztą on w czasie kampanii covidowej również zabierał głos w sprawie szczepionek covidowych i tłumaczył.

Po prostu postarajmy się zrobić z tego jakiś dobry program, dzięki któremu może wszyscy będziemy mówili jednym głosem to samo o tych szczepieniach i wówczas ja myślę, że jest szansa na to, żeby więcej osób chciało te szczepienia zaakceptować. Proponowaliśmy również… Okazało się, że ministerstwo nie widzi takiej możliwości, żeby szczepienia niekoniecznie były w systemie matka przychodzi z dzieckiem do przychodni, ale może szkoły… Ja się szczepiłam w szkołach i myślę, że większość osób, która tu jest, też szczepiła się w szkołach. Przecież POZ może się zorganizować i przyjść do szkoły szczepić te dzieci. To niekoniecznie dzieci muszą chodzić do POZ-ów. Chodzi o to, żeby ułatwić też dostęp do tego szczepienia i myślę, że w ten czas też można byłoby zyskać więcej jakichś możliwości propagandy i informacji, bo dzieci w grupie lepiej przyjmują takie informacje niż podczas dyskusji u lekarza lub z rodzicami, którzy nie zawsze w ogóle wiedzą, o co chodzi w tych szczepieniach. Taka prośba jest jeszcze jedna. W tych materiałach, które dzisiaj otrzymaliśmy od państwa…

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Szanowni państwo…

Prezes zarządu Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA" Irena Rej:

Przez pana ministra Kraskę są podane dane, które nie są niestety danymi do końca prawdziwymi, dlatego że po prostu podane są informacje o poprzednich szczepieniach i o poprzednich szczepionkach mówi się, natomiast nie ma nic o szczepionkach, które mają być.

Myślę, że każdego z nas interesuje, jakie szczepionki teraz będą i co z tym będzie. Nie interesuje nas natomiast to, co było kiedyś, w 2011 czy 2021, czy 2022 r. Myślę, że pani poseł jest taką osobą, która jest bardzo skuteczna w różnych działaniach. Może zróbmy kiedyś jakieś spotkanie na temat tego, co do tej pory dzieje się w tym HPV, jakie są w tej chwili przygotowania, żebyśmy dostali coś więcej, aby te organizacje pacjenckie, jak również nasza organizacja, mogły się w to włączyć. Ustalmy to jednak w gronie specjalistów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. To był bardzo ważny głos w tej sprawie. Pani Rudnicka zgłaszała się od początku.

Rzecznik Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Ja już w ogóle zwątpiłam. Aleksandra Rudnicka. Jestem rzecznikiem stowarzyszenia SANITAS i osób objętych opieką paliatywną. Ja wypowiem się bardzo krótko, ponieważ wypowiadali się tutaj już wszyscy. Powiem, że my jako rada organizacji pacjentów poprosiliśmy przedstawiciela Departamentu Komunikacji na nasze jedno spotkanie i tam troszeczkę dowiedzieliśmy się, jak ma wyglądać ta kampania. Mianowicie ona będzie w dużej mierze oparta o social media. Tego dowiedzieliśmy się. Padła tam jakaś suma, ale jej nie pamiętam. Natomiast dla nas też jest bardzo ważne, żeby wrócić do pewnej dobrej praktyki, że przy przetargach był przedstawiciel pacjentów. Kiedyś przy organizowaniu takich kampanii był nasz przedstawiciel i chcielibyśmy, żeby obecnie również był przy nich ktoś spośród z nas, kto zna ten temat i brałby w tym udział.

Bardzo bym poprosiła jeszcze pana ministra o odpowiedź na takie pytanie, bo tutaj też mamy dwa rodzaje szczepionek, dwuwalentną i dziewięciowalentną. Czy tak jak przy covidzie rodzice będą mogli sobie wybrać, którą szczepionką zaszczepią dzieci i czy do lekarza trafi jakaś taka równa pula szczepionek? Wiem, że pula tych szczepionek jest równa. To jest dla nas dosyć ważne. Wrócę jeszcze do takiej ogólnej dyskusji o profilaktyce, bo na pewno edukacja to jest proces ciągły, który trzeba stale prowadzić. Natomiast powinniśmy moim zdaniem wprowadzić jakiś system zachęt do korzystania z programów przesiewowych, żeby w jakiś sposób osoby, które z tego korzystają, były nagradzane czy dniem wolnym od pracy, czy niższą składką zdrowotną. Tak robią inne kraje i to się sprawdza. Nie mówię, żeby karać tak, jak było kiedyś w Finlandii, że kobiety, które nie zrobiły badania w kierunku raka szyjki macicy, nie zrobiły cytologii, to nie były przyjęte do pracy. Natomiast myślę, że trzeba pomyśleć o czymś takim, żeby troszeczkę zachęcać do wykonywania tych badań w taki sposób systemowy.

Bardzo krótko odniosę się do RDTL-u. RDTL przynajmniej dla mnie od początku, od kiedy zaistniał, ma dwie wady. Jedna wada jest taka, że zupełnie nie ma w nim praw pacjenta. Jeżeli pacjentowi odmówi się, czy lekarz odmówi, czy taki zespół jak u pana profesora odmówi leczenia w ramach RDTL-u, to ten pacjent zostaje bezradny. Myślę, że tutaj jest rola rzecznika praw pacjenta, żeby stworzono jakąś szybką ścieżkę odwołania się od takiej decyzji, bo są takie sytuacje, że pacjentowi lekarz mówi „nie", bo w naszym szpitalu w ogóle nie wypisuje się RDTL-u albo bo nie mamy już pieniędzy na RDTL. Są takie sytuacje.

Druga rzecz. Ta ustawa jest już troszeczkę starawa, ma ileś lat, a od tego czasu zmieniła się wiedza medyczna. W tej chwili wiemy, że pacjenci np. w 4 czy w 3 stadium raka rozsianego powinni dostać – np. przy raku płuca – nowoczesne terapie a nie być przeleczeni najpierw wszystkimi możliwymi terapiami, czyli np. chemioterapią. Jak przeleczy się ich tą chemioterapią, to już potem oni nie dostaną tych innowacyjnych terapii, więc ten zapis też powinien być zmieniony. On jest już zupełnie niezgodny z tym. Cały 2021 r. mówiliśmy. To był priorytet pacjentów. Mówiliśmy o leczeniu w pierwszej linii i jego ważności. To jest ten temat. Jeszcze odniosę się bardzo szybko do diagnostyki…

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

My naprawdę mamy czas ograniczony.

Rzecznik stowarzyszenia SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Powiem tylko jedno słowo, że my jako organizacje pacjentów uznaliśmy rok 2023 za rok właśnie badań diagnostycznych. To jest nasz priorytet. Bardzo chcielibyśmy, żeby to zostało zorganizowane w taki sposób, żeby coś się zmieniło. Pani poseł tutaj była pierwszą osobą, która na ten temat zabrała głos. Pamiętam tę Komisję Zdrowia i np. moja organizacja przygotowała już jeden raport dotyczący BRCA. Za chwilę będzie szerszy raport dotyczący w ogóle badań genetycznych w Polsce. Uważamy, że bez tego… Świetnie, że mamy te nowoczesne terapie, ale one są niewykorzystywane na tyle, w jakim stopniu mogłyby być. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Pan minister odpowie i już zmierzamy do końca, bo my musimy się przemieścić na Komisję Zdrowia. Państwo, którzy macie swoje postulaty, ja bym bardzo prosiła o wysłanie ich do sekretariatu, bo ja bardzo cieszę się, że jest takie zainteresowanie. Widać, że jest to temat bardzo trafiony i bardzo dziękuję, że państwo przyjechaliście. Myślę, że pan minister odpowie na te wątpliwości i te zagadnienia.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Jeśli chodzi o zakres kampanii, to akurat nie znam dokładnie tego zakresu i tego, jak ona będzie realizowana. Jutro na pewno będzie dużo więcej informacji w różnym zakresie. Było pytanie o szczepionki. Szczepionek kupiliśmy 50 na 50. Kupiliśmy to jako pierwszy rzut, ponieważ nie jesteśmy dokładnie w stanie przewidzieć, jakie będzie zapotrzebowanie na nie. Po prostu to jest pierwszy element. Pozostałe szczepionki będziemy kupować zgodnie z zapotrzebowaniem. Tu jak gdyby kolejne postępowania będą rozpisywane w zależności od potrzeb. Będziemy widzieli na bieżąco, jakie jest zapotrzebowanie na poszczególne szczepionki. Rodzice będą decydowali wraz z lekarzami, jaką chcą dostać szczepionkę, tak że głównymi ekspertami w tym zakresie są lekarze i też oni kwalifikują do szczepień. W tym zakresie zostawiliśmy pełną swobodę. Nic nie narzucamy. Tak jak powiedzieliśmy, jeśli to jest szczepienie nieobowiązkowe, to tak jak w przypadku COVID-u, chcemy, żeby pacjent miał większe możliwości. Chcemy, żeby jak największa część populacji zaszczepiła się, w związku z tym, jeśli jest taka możliwość, to nic nie narzucamy i uważamy, że w takiej sytuacji będzie więcej zaszczepionych osób. Tak jak powiedziałem, jesteśmy przygotowani na całe docelowe zaszczepienie populacji. Na dzisiaj mamy na to zabezpieczone środki w ramach funduszu medycznego. One są na ten rok i jeszcze na kolejny rok. Na ten rok na pewno wydaje nam się, że nie wykorzystamy wszystkich środków finansowych w tym zakresie, chociaż pewnie dokupimy jeszcze szczepionki w drugim półroczu, żeby zabezpieczyć się na początek przyszłego roku, czyli wykorzystamy środki i zakupimy wszystkie szczepionki.

Dla nas najważniejsze organizacyjnie było być gotowym, żebyście państwo widzieli to tak… W moim zakresie… Bo ja akurat odpowiadałem i za uzgodnienia, i za ustalenia cen, i za zrobienie postępowania przetargowego. Jak niektórzy widzieli, to też były odwołania, były różne zapytania. Mimo że tylko dwóch producentów jest, to jednocześnie bardzo często spotykam się z tymi dwoma producentami w różnych negocjacjach. Nie było łatwo i to też było dla mnie duże ryzyko, bo ostatecznie to postępowanie zakończyło się na początku maja. Jeszcze była kwestia ich dostarczenia, tak że dopiero tydzień temu te szczepionki dotarły, tak że to jest… Ja się cieszę, że ten termin jest dotrzymany, ale to wszystko… Takie mamy prawo zamówień publicznych i wszystko może się zdarzyć, nigdy nie można powiedzieć, że na 100% cel będzie zrealizowany. To musiało być dużo później. Musielibyśmy ewentualnie, żeby mieć pewność, ustalić termin np. na wrzesień, ale wszystko nam się udało w tym zakresie i te szczepionki są już dostępne. Kolejne zamówienia nie będą problematyczne, bo tak jak powiedziałem, będą rozpisywane zgodnie z zapotrzebowaniem na dokończenie drugiego szczepienia. Tutaj wszystkie informacje w zakresie systemu rozliczeń idą do NFZ-u i do POZ-ów w zakresie zamawiania szczepionek. W zakresie rozliczania szczepionek wszystkie informacje zostały przekazane. Ja te wszystkie informacje podpisywałem i przez NFZ do wszystkich podmiotów one zostały przekazane.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, niestety muszę już zamknąć posiedzenie podkomisji, bo tak, jak powiedziałam, za chwilę rozpoczyna się Komisja Zdrowia. Chciałam wszystkim państwu podziękować. Wszelkie uwagi proszę przesyłać do sekretariatu Komisji Zdrowia. Jak zawsze jestem do państwa dyspozycji i myślę, że razem wypracujemy dobry kierunek tak, aby pacjent był zadowolony, bo przede wszystkim pacjent musi być w centrum uwagi. Dziękuję pięknie.